

## **Potrzeby stomatologiczne pacjenta psychiatrycznego z zaburzeniami w odżywianiu**

### **Dental needs of psychiatric patient with eating disorders**

Teresa Szupiany<sup>1</sup>, Jolanta Pytko-Polończyk<sup>1</sup>, Krzysztof Rutkowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Stomatologii Zintegrowanej Instytutu Stomatologii UJ CM

<sup>2</sup> Katedra Psychoterapii UJ CM

#### **Summary**

**Aim.** Aim of this study is to determine the dental care needs of patients with eating disorders and the need of interdisciplinary collaboration of psychiatrists, psychologists and dentists. This gives the opportunity to complete diagnosis and treatment.

**Method.** In this study, 40 daily treated psychiatric patients were examined. Patients with diagnoses of chapters F4.xx, F5x.x, F6x.x ICD-10, were included in the study.

During a stomatological consultation detailed clinical examination was conducted, including oral health index – API. Swabs were taken for microbiological examination – bacteriological and mycological. Each patient was assigned for X-ray picture.

**Results.** Among the patients many had poor oral hygiene, tooth enamel erosion, frequent oral infections both fungal and bacterial were present. All patients required dental treatment. In several cases there were severe symptoms in the form of large enamel erosion, and numerous chronic periapical inflammation requiring rapid intervention.

**Conclusions.** Dental needs of patients with eating disorders are enormous and these patients often require immediate dental treatment. Interdisciplinary diagnosis and treatment provides complete picture of the patient's problems and the possibility of full recovery.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia odżywiania, pacjent psychiatryczny, potrzeby stomatologiczne

**Key words:** eating disorders, psychiatric patient, dental needs

#### **Wstęp**

Pacjenci psychiatryczni to chorzy wymagający zwykle wnikliwej diagnostyki i kompleksowego leczenia. W przypadku wielu zaburzeń należy wykluczyć ich podłoże somatyczne, a także zdiagnozować i leczyć zarówno współistniejące dolegliwości, jak

i skutki zaburzeń psychicznych. Przyczyny zaburzeń w odżywianiu są złożone. Ich genezy upatruje się we wczesnym dzieciństwie – problemy wynikają zarówno z nawyków żywieniowych stosowanych przez opiekunów, jak i doświadczeń z tego okresu. Zaburzenia odżywiania się mogą stanowić jedyną diagnozę (bulimia i anoreksja), jednak częściej współistnieją z innymi zaburzeniami psychicznymi (np. bulimii często towarzyszą depresja, natręctwa) lub stanowią część objawów tych zaburzeń, gdy np. objawy zaburzeń odżywiania się występują w przebiegu zaburzeń osobowości [1].

Pacjenci psychiatryczni z zaburzeniami w odżywianiu to grupa chorych, u których konieczna jest konsultacja stomatologiczna ze względu na występowanie objawów patologicznych w jamie ustnej, ale także z powodu pogorszenia estetyki uśmiechu (zniszczone korony kliniczne zębów), czynników wpływających na negatywną samoocenę [1]. Ponadto występowanie objawów zaburzeń jedzenia wśród chłopców i dziewcząt wiąże się z większym ryzykiem picia alkoholu, palenia papierosów i zażywania narkotyków [2], a więc co najmniej okresowym stylem życia sprzyjającym brakowi należytej higieny jamy ustnej.

Objawy zaburzeń odżywiania się występują w różnych postaciach, między innymi są to zaburzenia w przyjmowaniu pokarmów, niechęć, wstręt do jedzenia, nawykowe zwracanie pokarmu, zaburzenia trawienia objawiające się bólami brzucha, wzdęciami, zaparciami lub biegunkami [1, 3, 4].

Objawami w jamie ustnej, które najczęściej występują w tej grupie pacjentów, są erozje szkliwa i zębiny [5–12]. Ubytki tkanek twardych zęba powstają poprzez działanie kwasu żołądkowego w wyniku wymiotów (erozja wewnątrzpochodna), złych nawyków pokarmowych, np. częste przyjmowanie znacznych ilości kwaśnych napojów i pokarmów (erozja zewnątrzpochodna) [7], lub przyjmowania przez chorych octu i soku cytrynowego w celu osłabienia apetytu (erozja zewnątrzpochodna) [11]. Wydaje się, że dla rozwoju erozji największe znaczenie ma czas trwania objawów, a nie częstota wymiotów [7]. Powstałe ubytki erozyjne wymagają szybkiego leczenia. Zalecane są tak zwane metody minimalnie interwencyjne, polegające na uzupełnieniu brakujących tkanek zęba światłoutwardzalnym materiałem do wypełnień [13, 14]. Konsekwencją utraty twardych tkanek zęba i odsłonięcia głębszych, porowatych warstw jest powstanie nadwrażliwości zębów na zimno i słodkie produkty [5, 12], a dalsze pogłębianie się ubytków prowadzi do odsłonięcia miazgi zęba [11], co skutkuje koniecznością leczenia kanałowego. Objawy psychiczne lub stosowane leki (m.in. antydepresyjne) mogą spowodować zaburzenia wydzielania śliny [7, 12] oraz suchość w jamie ustnej [15], co wiąże się ze zwiększeniem ryzyka próchnicy [12] oraz powodować może trudności w mowie, żuciu pokarmów i przełykaniu [16]. Przykładem innych patologii są zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej, języka i tylnej ścianie gardła spowodowane działaniem kwasów [9, 11, 15, 17], powiększenie gruczołów ślinowych, zwykle obustronne [8–10, 12, 18, 19], a także zmiany pH śliny, zmiany w tkankach przyzębia oraz skłonność do zakażeń zarówno bakteryjnych, jak i grzybiczych [4, 6–10, 18].

W piśmiennictwie spotkać można doniesienia na temat występowania pieczenia jamy ustnej (burning mouth syndrom) oraz zaburzeń smaku opisywane jako objawy dotyczące zaburzeń odżywiania się, a manifestujące się w jamie ustnej [11]. Nie

mniej ważnym, ale nieczęsto wspominanym powikłaniem zaburzeń odżywiania się są defekty estetyczne [13].

W obrazie klinicznym jamy ustnej u pacjentów z zaburzeniami w odżywianiu można stwierdzić także nadżerki i owrzodzenia pochodzenia urazowego, powstałe w czasie prowokowania wymiotów [11], natomiast na skórze palców rąk mogą powstać owrzodzenia spowodowane kwasem żołądkowym (objaw Russella) [8, 11].

Przeprowadzane przez innych autorów badania mikrobiologiczne potwierdzają występowanie zakażeń grzybiczych jamy ustnej w tej grupie pacjentów [20, 21], a także istnienie tak zwanych bakterii kwasolubnych, jak *Streptococcus mutans*, rodzaje *Lactobacillus spp* czy też *S. sobrinus* – bakterii uważanej za marker odpowiedzialny za wymioty u pacjenta [21].

## Cel

Celem pracy jest określenie potrzeb leczniczych pacjentów z zaburzeniami w odżywianiu poprzez ocenę stanu klinicznego oraz mikrobiologicznego jamy ustnej w tej grupie chorych.

## Metodyka

Badania realizowano we współpracy Zakładu Stomatologii Zintegrowanej Instytutu Stomatologii UJ CM i Katedry Psychoterapii UJ CM.

Badania były prowadzone dwuetapowo. W pierwszym etapie ze 150 przebadanych pacjentów z zaburzeniami osobowości i zaburzeniami nerwicowymi do badania zakwalifikowano 40 pełnoletnich osób, u których stwierdzono objawy zaburzeń w odżywianiu. W etapie drugim pacjenci przyjmowani byli w Uniwersyteckiej Klinice Stomatologicznej. U pacjentów przeprowadzano badanie stomatologiczne (zewnętrzne i wewnętrzne) według ogólnie przyjętych zasad. Ponadto badano przyzębie i higienę jamy ustnej za pomocą periodontometru WHO. Do oceny stanu higieny użyto wskaźnik API (aproksymalny wskaźnik płytki). Wartość tego wskaźnika określana jest w procentach, a wyniki interpretowane są w następujący sposób:

API 70–100% – niedostateczna higiena jamy ustnej,

API 40–69% – higiena dostateczna, ale wskazana poprawa,

API 25–39% – higiena jamy ustnej dość dobra,

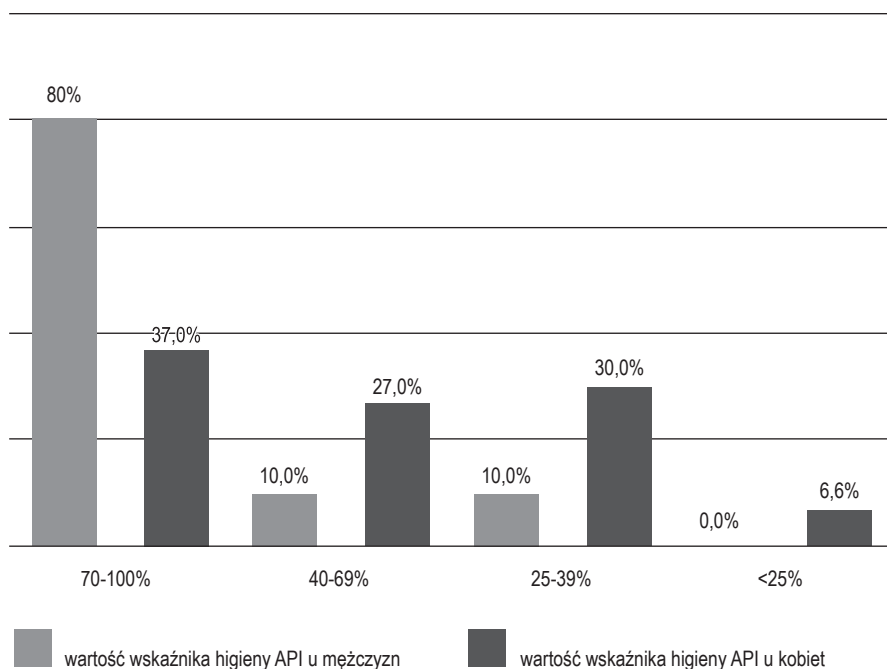
API < 25% – optymalna higiena jamy ustnej

Wykonano także badania dodatkowe: radiologiczne i mikologiczne. Do diagnostyki radiologicznej wykorzystano zdjęcie pantomograficzne, na którym widoczne są wyrostki zębodołowe szczęki i żuchwy wraz z zębami. W celu dokładnej oceny mikrobiologicznej (bakteriologicznej i mikologicznej) materiał do badania pobierano dwiema metodami. Wymaz z błony śluzowej policzka uzyskiwano bezpośrednio za pomocą sterylnego krążka agarowego (podłoża mikrobiologicznego), dzięki czemu możliwe było przeprowadzenie badania nie tylko jakościowego, ale także ilościowego (na ściśle określonej powierzchni krążka). W drugiej metodzie materiał pozyskiwano z kieszonki dziąsłowej poprzez umieszczenie w niej papierowych sączków na 20 sekund. Po

nasączeniu płynem z kieszonki sączki zanurzone były w probówkach zawierających pożywki płynne – buliony (dla bakterii tlenowych oraz beztlenowych i grzybów). Materiał biologiczny z błony śluzowej policzka posiano na podłożach agarowych (krwawym, Sabourauda oraz Scheadlera). Sączki papierowe zanurzone w bulionach zostały poddane inkubacji, a następnie z uzyskanego materiału przeprowadzone były posiewy w kierunku bakterii tlenowych oraz beztlenowych na podłożach agarowych: czekoladowym, krwawym, MacConkeya oraz Sabourauda (badanie mikologiczne). W przypadku pozyskania w wynikach badań drobnoustrojów patogennych przeprowadzone zostały testy lekooporności. Wykonano dokumentację fotograficzną. Wyniki badań poddano analizie statystycznej.

### Wyniki

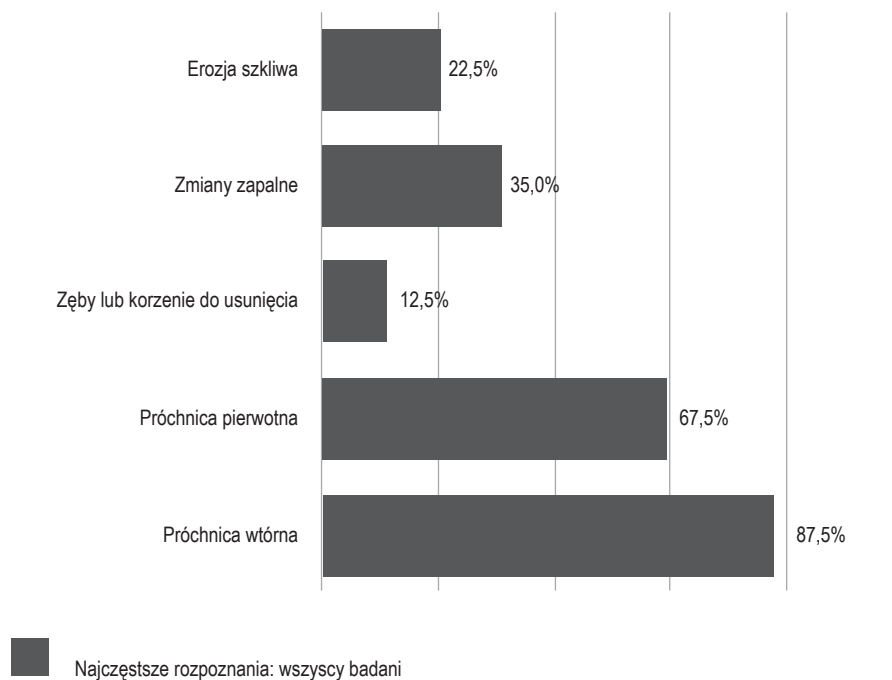
Z przebadanych 40 osób większość stanowiły kobiety – 30 pacjentek (75%). W ocenie higieny jamy ustnej, do której posłużył wskaźnik API, stwierdzono, iż średnia jego wartość u pacjentów wynosiła 60,1%, co oznacza dostateczną higienę. U kobiet średnia ta wynosiła 53,9%, natomiast u mężczyzn 83,4% (higiena niedostateczna). Pośród wszystkich badanych u 45% chorych zanotowano niedostateczną higienę jamy ustnej, u 22,5% higienę dostateczną, u 27,5% dość dobrą, a u 5% pacjentów – optymalną.



Rycina 1. Rozkład wartości wskaźnika higieny API u mężczyzn i kobiet

W rozkładzie wartości wskaźnika API według płci stwierdzono, że 8 badanych mężczyzn (80%) znalazło się w zakresie wskaźnika API między 70–100%, po jednym pacjencie (10%) miało API w zakresie 40–69% i 25–39%, natomiast żaden mężczyzna nie osiągnął wartości optymalnej higieny jamy ustnej, tj. API poniżej 25% (ryc. 1). Wśród kobiet niedostateczną higienę stwierdzono w 11 przypadkach (36,7%), higienę dostateczną u 8 pacjentek (26,7%), dość dobrą u 9 (30%), natomiast optymalną u 2 badanych (6,6%) (ryc. 1).

Rycina 2 przedstawia najczęściej występujące problemy stomatologiczne. Próchnicę wtórną stwierdzono u 87,5% pacjentów (35 osób), a próchnicę pierwotną u 67,5% (27 badanych). Ponadto u 14 pacjentów (35%) zaobserwowano zmiany zapalne przy korzeniach zębów wymagające leczenia kanałowego. U 22,5% badanych (9 osób) występowały objawy erozji szkliwa i/lub zębiny, a u 12,5% (5 pacjentów) istniała konieczność usunięcia minimum jednego korzenia lub zęba (nie wliczając zębów mądrości).

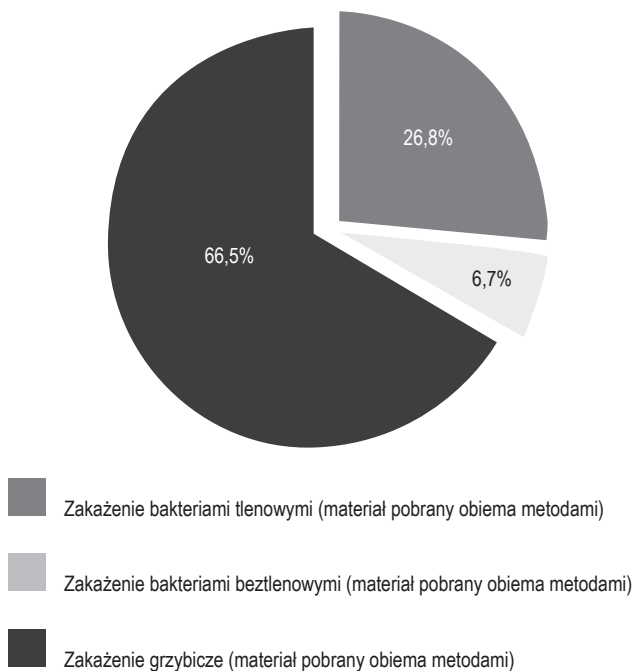


Rycina 2. Najczęstsze rozpoznania u wszystkich badanych

Występują rozbieżności w wynikach ze względu na płeć. Próchnica wtórna występowała u 25 przebadanych kobiet (83,3%) i 10 mężczyzn (90%), pierwotna natomiast u 17 kobiet i 10 mężczyzn (odpowiednio 56,7% i 10%). Zapalenia tkanek okołowierzchołkowych zębów stwierdzono w 23,3% przypadków u płci żeńskiej,

a w 60% u płci męskiej (7 kobiet, 6 mężczyzn); erozję rozpoznano u 16,7% badanych kobiet (5 pacjentek) i 40% mężczyzn (4 badanych), do ekstrakcji zęba zakwalifikowano 2 kobiety (6,7%) i 3 mężczyzn (30% badanych).

Wyniki badania mikrobiologicznego – bakteriologicznego i mikologicznego – wykazały, że zakażenie grzybicze wystąpiło w 66,5% przypadków, zakażenia bakteriami tlenowymi w 26,8%, a beztlenowymi w 6,7% (ryc. 3).



Rycina 3. Zakażenia bakteryjne i grzybicze w grupie badanej (w procentach)

Analizując wyniki badania bakteriologicznego, można stwierdzić obecność pałeczek – bakterii występujących głównie w dalszych odcinkach przewodu pokarmowego (przełyk, żołądek) u 25% badanych. Wyizolowane pałeczki należały do rodzaju *Actinomyces* (*A. israeli*, *A. meyeri*, *A. naeslundii*) oraz *Fusobacterium* spp., *Bacterioides* spp. i *Enterobacter* (*E. Cloacae*).

Wśród zakażeń bakteryjnych wykazano obecność *Actinomyces israeli* (2 przypadki), *Streptococcus canis* (1 badany), *Staphylococcus aureus* (1 badany), *Citrobacter koseri* (1 badany) oraz *Pseudomonas luteola* (1 przypadek). Wszystkie zakażenia mikologiczne wywołane były przez grzyba z rodzaju *Candida albicans*.

W ocenie ogólnej u badanych pacjentów stan higieny był zły (ryc. 4), a objawy erozji zębów uogólnione i zaawansowane (ryc. 5).



Rycina 4. Pacjent, lat 35. Wskaźnik API = 100% (niedostateczna higiena jamy ustnej)



Rycina 5. Pacjent, lat 27. Strzałki wskazują wyraźną granicę erozyjnych ubytków szkliwa na powierzchni wargowej zębów



## Dyskusja

Pacjenci z objawami zaburzeń w odżywianiu wymagają kompleksowego leczenia stomatologicznego. Stan zdrowia jamy ustnej wpływa na zdrowie całego organizmu zarówno pod względem psychicznym – wygląd zębów ma wpływ na samoocenę, akceptację społeczną pacjenta i jakość życia [16, 22], jak i fizycznym. Wielu autorów podaje, że jednym z najczęstszych powikłań zaburzeń w odżywianiu jest erozja szkliwa i zębiny [5–12]; uzyskane przez badających wyniki korespondują z tymi danymi. Konsekwencją utraty twardych tkanek zęba jest powstanie nadwrażliwości zębów na zimno i słodkie pokarmy [5, 12], czego nie stwierdzono w badanej grupie pacjentów.

U żadnej osoby nie wykazano opisywanych często zmian w postaci nadżerek na błonie śluzowej jamy ustnej, gardła [9, 11, 15, 17] oraz powiększenia gruczołów ślinowych [8–10, 12, 18, 19].

Zgodne z dostępnymi w literaturze doniesieniami są rezultaty badania dotyczące powszechnego występowania ubytków próchnicowych u pacjentów z zaburzeniami w odżywianiu [9, 10, 12]. Badający nie odnaleźli w piśmiennictwie danych na temat wykorzystania do oceny higieny jamy ustnej wskaźnika API u tych osób.

Dostępne doniesienia potwierdzają wykazaną w badaniu tendencję do zakażeń mikologicznych [20, 21]. Brak jest natomiast w literaturze szczegółowych danych dotyczących infekcji bakteryjnych. Opisywane są jedynie zmiany flory bakteryjnej, których powodem mogą być wymioty [21]. W uzyskanym materiale potwierdza się obecność bakterii charakterystycznych dla dalszych odcinków przewodu pokarmowego, a ponadto wykazuje obecność innych, znaczących patogenów.

Badający podjęli się oceny najczęstszych rozpoznań stomatologicznych u pacjentów z zaburzeniami w odżywianiu, włączając w nią, poza wymienioną erozją oraz próchnicą, również zmiany patologiczne przy korzeniach zębów, a także zęby i korzenie zakwalifikowane do usunięcia. W dostępnych publikacjach nie odnaleziono analizy jamy ustnej obejmującej podobne problemy stomatologiczne.

W literaturze podkreślany jest niski poziom świadomości na temat objawów zaburzeń odżywiania się w jamie ustnej oraz znaczenie interdyscyplinarnej diagnostyki oraz leczenia tych chorych [23]. Pogląd ten podzielają autorzy.

## Podsumowanie i wnioski

Potrzeby stomatologiczne pacjentów z zaburzeniami w odżywianiu są bardzo duże. Chorzy wymagają często podstawowego leczenia stomatologicznego (usunięcie kamienia nazębnego i osadu, leczenie próchnicy, wymiana wypełnień), jak i skomplikowanego, wieloetapowego leczenia obejmującego ekstrakcje zębów, leczenie kanałowe, leczenie erozji i inne. Co więcej, u części pacjentów niepodjęcie leczenia może skutkować rozwinięciem się stanów zapalnych, między innymi w postaci ropni ze wszystkimi konsekwencjami ogólnymi. Wielokrotnie podkreśla się rolę zdrowia jamy ustnej i jego wpływ na stan ogólny organizmu, także na stan psychiczny. Wyniki powyższej analizy wskazują na szczególne znaczenie badania stanu klinicznego i mikrobiologicznego jamy ustnej pacjentów z zaburzeniami odżywiania się, a także



przydatność wskaźnika higieny API w ocenie higieny. Uzyskane wyniki sugerują przeprowadzenie konsultacji stomatologicznej jako badania dodatkowego w toku leczenia tych pacjentów.

### Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Modrzejewska R. *Współwystępowanie objawów depresyjnych, zaburzeń jedzenia oraz obsesyjno-kompulsyjnych a używanie substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomiejskiej*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(5): 651–663.
3. Mayers D. *Psychologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2003.
4. Paszyńska E, Słopeń A, Ślebioda Z, Dyszkiewicz-Konwińska M, Węglarz M, Rajewski A. *Ocena makroskopowa błony śluzowej jamy ustnej i analiza pH śliny u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(3): 453–464.
5. Emodi-Perlman A, Yoffe T, Rosenberg N, Eli I, Alter Z, Winocur E. *Prevalance of psychologic, dental and temporomandibular signs and symptoms among chronic eating disorders patients: a comparative control study*. J. Orofac. Pain 2008; 22(3): 201–208.
6. Islam NM, Bhattacharyya I, Cohen DM. *Common oral manifestations of systemic disease*. Otolaryngol. Clin. North Am. 2011; 44(1): 161–182.
7. Dynesen AW, Bardow A, Petersson B, Nielsen LR, Nauntofte B. *Salivary changes and dental erosion in bulimia nervosa*. Oral Surg. Oral. Med Oral. Pathol Oral Radiol. Endod. 2008; 106(5): 696–707.
8. Park MJ, Mandel L. *Diagnosing bulimia nervosa with parotid swelling. Case report*. N. Y. State Dent. J. 2006; 72(6): 36–39.
9. Sedghizadeh PP. *Bulimia nervosa*. N. Engl. J. Med. 2013; 368: 1238.
10. Arahna AC, Eduardo Cde P, Cordas TA. *Eating disorders part II: clinical strategies for dental treatment*. J. Contemp. Dent. Pract. 2008; 9(7): 89–96.
11. Paradowska A, Sieja A. *Obraz jamy ustnej w zaburzeniach odżywiania*. Gastroenterol. Pol. 2010; 17(2): 111–114.
12. Chi A, Neville BW, Krayner JW, Gonzales WC. *Oral manifestations of systemic disease*. Am. Fam. Physician. 2010; 82(11): 1381–1388.
13. Spreafico RC. *Composite resin rehabilitation of eroded dentition in a bulimic patient: a case report*. Eur. J. Esthet. Dent. 2010; 5(1): 28–48.
14. Schwarz S, Kreuter A, Rammelsberg P. *Efficient prosthodontic treatment in a young patient with long-standing bulimia nervosa: A clinical report*. J. Prosthet. Dent. 2011; 06(1): 6–11.
15. Marder MZ. *Oral status in eating disorders*. W: Strumia R. red. *Eating disorders and the skin*. Berlin/Heidelberg: Springer; 2013. s. 85–91.
16. Cormac I, Jenkins P. *Understanding the importance of oral health in psychiatric patients*. Adv. Psychiatr. Treat. 1999; 5: 53–60.
17. Aframian DJ, Ofir M, Benoliel R. *Comparison of oral mucosal pH values in bulimia nervosa, GERD, BMS patients and healthy population*. Oral Dis. 2010; 16(8): 807–811.

18. Arahna AC, Eduardo Cde P, Cordas TA. *Eating disorders. Part I: Psychiatric diagnosis and dental implications*. J. Contemp. Dent. Pract. 2008; 9(6): 73–81.
19. Buchanan JA, Fortune F. *Bilateral parotid enlargement as a presenting feature of bulimia nervosa in a post-adolescent male*. Postgrad. Med. J. 1994; 70(819): 27–30.
20. Back-Brito GN, da Mota AJ, de Souza Fernandes LA, Takamune SS, Prado EFGB, Cordas TA. i wsp. *Effects of eating disorders on oral fungal diversity*. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. 2012; 113(4): 12–517.
21. Bretz WA, Krahn DD, Drewnowski A, Loesche WJ. *Salivary levels of putative cariogenic organisms in patients with eating disorders*. Oral Microbiol. Immunol. 1989; 4(4): 230–232.
22. Russo LL, Campisi G, Di Fede I O, Di Liberto C, Panzarella V, Muzio LL. *Oral manifestations of eating disorders: a critical review*. Oral Dis. 2008; 14(6): 479–484.
23. Bhargava S, Motwani MB, Patni V. *Oral implications of eating disorders: a review*. Arch. Orofac. Sci. 2013; 8(1): 1–8.

Adres: Jolanta Pytko-Polończyk  
Zakład Stomatologii Zintegrowanej  
Instytut Stomatologii UJ CM  
30-155 Kraków, ul. Montelupich 4

Otrzymano: 15.03.2014

Zrecenzowano: 23.06.2014

Otrzymano po poprawie: 11.12.2014

Przyjęto do druku: 16.12.2014